



What Works

邁向群體健康之路

實現整合與責任制醫療

原作者



Dr. Mark Britnell
Chairman and Partner,
Global Health Practice
KPMG in the UK

Mark對於已開發及發展中國家的醫療照護前景，都具有前瞻且全球性的觀點。Mark具有獨特知識及洞見，並在醫療體系的各層級中都具有管理經驗。藉著他在健康產業20年來的經驗，他主張個人化醫療、病患「共創」以及電子健康系統(eHealth)將會成為未來的主流。Mark相信將想法付諸實現的力量 – 遵循著「坐而言不如起而行」(“more brown mud, less blue sky”)的方式，進行策略規劃及組織改造。Mark先前在英國公醫體制(NHS)下工作，並在2009年加入KPMG英國所成為合夥人。加入KPMG後，他致力於醫療照護產業創新的強化、激勵與驅動。一直以來，他給予政府及企業領袖建議，並且與公、私機構合作。您也可以[在Twitter上追蹤Mark@markbritnell](#)



Mark Jamilkowski
Managing Director
KPMG in the US

Mark在財務管理報告、關鍵績效指標、流程評估與重新設計、產品定價及經驗管理、精算估價以及以分析技術支援服務合約等多方面領域都有直接接觸的經驗。他參與KPMG全國責任制照護組織(ACO)服務，並且擔任美國精算師學會(American Academy of Actuaries)的健康保險交易團隊(Health Insurance Exchange Task Force)主席。

Mark也曾經是紐約醫療補助計畫中(Medicaid)協助各醫療機構轉型的團隊一員，其中包括監督社區需求分析報告，藉此找出照護落差、轉型計畫評估、財務及歸因模型，以及幫助醫療機構進行Medicaid計畫及聯盟(即DSRIP)下的決策。



Joe Kuehn
Partner
KPMG in the US

Joe是我們醫療照護轉型領導團隊的一員，並負責協助客戶進行轉型，以因應法規及市場驅動的變革。

Joe負責協助客戶進行策略發展、商業及照護模式設計、財務轉型、商業規劃、企業整併與法規依循事項。在超過30年的工作經驗中，Joe主要任職於醫療照護產業，在公、私部門都曾從事過相關工作，包含商業醫療體系以及政府出資的轉型計畫，如紐約州政府的「生命線計畫」(Vital Access Provider, VAP)，幫助陷入財務困難的醫療機構重整體系；以及「醫療體系支付改革計畫」(Delivery System Reform Incentive Payment Program, DSRIP Program)。

從理論到實務的 八大步驟

健康需求正快速改變，但醫療照護體系就是跟不上。

KPMG在〈必要的整合(The integration Imperative)〉¹中，分析上述議題並提供解決方案。KPMG International的醫療及公共服部門 (Health and Human Service practice)關注了22個不同地區的照護整合計畫。我們直接與帶領這些整合計畫的政府首長及意見領袖對談，並發現多數機構無法將醫療照護理論轉換成實務運用。

造成醫療照護體系停滯不前的原因，系由於人們相信造就現今照護服務破碎化的系統及緣由，亦能夠用來終結現金面臨的問題。

但事實是：不，沒辦法。

本篇報告描述照護機構於重塑自身組織及照護服務時，所需經過的必要步驟。

我們觀察了「整合式照護(Coordinated care)」(依照病患需求所設計的照護) 以及「責任制照護 (Accountable care)」(為達成整個群體的整合式照護所設計的醫

療體系)，並發現這兩種系統的發展步驟中有很多共同點及啟示。

另外，我們也歸納出為達成整合式照護，醫療機構在體系中需要上加強的八個基本問題，並且針對這些問題提供實際執行的步驟方向。

這篇報告最後的「整合性照護成熟度評估表」(Coordinated care maturity matrix) (見第17頁)可供醫療機構自我檢測，另外，本文也將針對轉型的醫療照護先驅機構進行案例討論。

對於改變之旅是否具有共識？

英國 – 伊斯林頓醫療委員會小組(Islington Clinical Commissioning Group)：瑪姬與蘿絲的故事

瑞典 – 延雪平省(Jönköping)：以斯帖計畫(The Esther project)

是否有正確的治理？

美國 – 從照護管理(CMO)到責任制照護組織(ACO)：布朗克斯責任制照護機構(Bronx Accountable Care Organization)

是否已確認目標族群？

目標族群是否積極支持改變？

英國 – 瑞奇蒙(Richmond)團體：病患支持

是否有強而有力的基礎建設支援？

美國 – 蓋辛格健康系統(Geisinger Health System)：實證照護(ProvenCare)計畫

激勵機制是否一致？是否了解資金流向？

德國 – 金齊希健康計畫(Health Kinzigtal)：降低支出

新的照護服務模式是否已建立？

加拿大 – 新斯科細亞省(Nova Scotia) 癌症照護導航員服務：提供完善的照護支援

是否有支援的科技平台？

結論： 哪些改變正待完成？

您的機構準備好了嗎？

整合性照護成熟度評估表

在地化觀點

02

04

06

08

09

11

13

14

15

16

17

20

對於改變之旅 是否具有共識？

在「白色巨塔」中，病患的故事可以作為促使醫療機構轉型的利器。

以病患認為合理的角度提供病患所需的醫療服務需求，這樣的照護理念已成為世界各地健康照護產業領導者對於未來產業發展的想像。

然而，因為各個機構的不同特性，以及醫療制度的差異，使得所謂的「整合照護 (Coordinated/Integrated Care)」定義

也不盡相同。對某些人來說，整合照護代表著：當有各個不同的健康或社會服務機構時，這些組織能共同合作，提供流暢的照護服務，而非讓病患在各機關的隔閡間遊蕩；對另一些人而言，整合照護意思則是創立單一組織，為更大範圍的個人健康與福祉提供服務。

從改善計畫的一開始起，確立醫療機構的最終目標是上述哪種模式非常重要。

例如單一醫療組織的概念，對於美國的責任制照護組織 (Accountable Care Organization, ACO) 發展具有非常深遠的影響。美國獨特的法規環境及給付制度，讓我們能夠從中汲取一些經驗以供其他照護體系學習。

反之亦然：在美式系統下，組織之間的合作較單一，因此這些醫療機構也能輕易的向其他國家學到整合照護的經驗。

英國 – 伊斯林頓醫療委員會小組(Islington Clinical Commissioning Group)：瑪姬與蘿絲的故事

瑞典 – 延雪平省(Jönköping)：以斯帖計畫(The Esther project)

世界各地有許多具啟發性的例子，成功利用病患教案來刺激照護機構轉型。有些機構選用真實的病患案例（可能是經歷失敗照護經驗的病人）；有些機構則根據自身的病患族群及人口結構，設計出虛構的病患案例以供研究。

病患當然無須成為有效教案中的唯一角色。英國倫敦伊斯靈頓醫療委員會小組(Islington Clinical Commissioning Group)創造出他們自己的整合照護教案。教案的故事圍繞著一名員工蘿絲與她的病人瑪姬。藉由與楊氏基金會(Young Foundation)的合作，伊斯靈頓醫療委員會小組製作了一部有關於瑪姬與蘿絲之間的影片《一同來照顧 (We Care Together)》。這部影片聚焦在照護人員想要為具有多重疾病的老年病患付出更多心力，卻缺乏時間、資源與支持的挫折感，然而在成為一名照護整合者之後，蘿絲能夠利用健康照護服務與地區的志工團體，更常和瑪姬碰面、並給予個人照護。故事的結尾，病患瑪姬的健康狀態逐漸獲得改善，而蘿絲則認為她現在覺得她在做的事情正是「我來做這份工作的理由」。

有興趣者可以在[vimeo.com/112496186-Maggie and Rose's story](https://vimeo.com/112496186-Maggie-and-Rose-s-story)看這段三分鐘的影片。

在不同的層級及階段，注入這些成功的教案非常重要。這些教案故事若要成為新工作模式的象徵，它們需要被經常、長期的使用，才能融入組織文化之中。

瑞典的延雪平省(Jönköping)就有一個將教案融入組織轉型的好例子。這裡的員工不只是建構出一名患有多重疾病的年長女性 – 以斯帖 (Esther)，他們甚至將部分照護流程用「以斯帖」命名——最明顯的例子就是創造出照護人員以及其他的「以斯帖教練 (Esther's coaches)」，以使機構中的人員可以把病患視角帶進日常照護流程之中。

不論你的醫療機構是追求哪一種模式，創建一個有助於照護轉型的教案模式非常重要。

其中一個許多創新醫療機構會使用的方式為：利用病患個案做為有力的照護轉型教案。原因即是由於個案可使需要管理的複雜問題簡單化，以便做為轉型過程中的合理教條。

不管是創立單一的責任制照護組織 (Accountable Care Organization, ACO)，或是整合各個醫療照護系統中機構來達成整合照護，過程中不可避免的都會涉及一些利害關係人，而這些利害關係人各自的優先項目都不同。所以要試著：

- 定義出一個令組織中各個利害關係人認為合理的核心轉型教案。
- 將教案聚焦於想要改變的目標上（通常是病患、家屬或照護者），但主要的挑戰在於為特別的人訂定獨立教案，例如偏遠、獨立工作的臨床人員。
- 讓教案成為討論、照護服務改造的基礎，以便使討論聚焦在實務改善上。



是否有 正確的治理？

想要成功建立整合照護服務，組織間需要以具挑戰性的新方式合作。即使照護體系的不同服務提供系統（例如初級與次級照護）被整合為單一組織，臨床與管理團隊也需要用新的方式協同合作。

好的臨床管理與組織治理對整合照護非常重要，因為原本在單一機構內的法規及臨床問題，現在將會發生於多個組織之間。

舉例來說，大部分的組織理解有力治理的重要性，這讓他們能夠辨認與收支相關的法律信託責任。

若組織治理無方，無法提供法律保障，將導致機構的失敗。若我們正在建立一組跨越傳統隔閡的醫療組織，則這些醫療組織也需如同以往遵從信託責任。

醫療照護機構失敗的原因，常常是沒有在一開始就進行正確的治理。重點問題有以下幾點：

— 對於道德上的目的是否有共識？

— 績效管理的規則是什麼？

— 需要怎樣的激勵結構 – 風險與報酬如何分配？

— 資料、臨床指引、工作方式的標準化方法是什麼？

— 誰擁有收集到的資料？

— 如何決策、處理歧見？

只有在整個照護流程創造全新的激勵/誘因機制(incentive structure)，整合照護才能實行。在現行的醫療照護體系下，常於不同的系統中使用不同的激勵機制。

舉例來說，若一間醫院所獲得的給付完全根據照護的次數而定，則可以想見這間醫院就會發展出一套盡可能快速而有效地收病患的業務模式，而非尋找能做為供更好服務的長期機構的營業模式。

這些系統性的誘因機制會影響組織內的誘因結構，促使專業人員只關心自己在照護流程參與的部分，而非將地方醫療照護系統視為整體醫療系統的一部份，以更有效的全面性考量患者需求。如

同KPMG International所出版的〈知道越多，睡得越少(The more I know, the less I sleep)〉所提到，醫療專業人員的交班是照護提供者最常無法提供整合照護之處²。新的激勵結構需要考慮制度對於臨床治理與行為的影響，並設計出可支援全人的照護方式。

在一些國家，競爭管制機構熱切的關注整合照護的新趨勢 – 不論是組織整併或單純的合作契約。管制機構想看到企業的合作即使讓市場競爭下降，但仍對病患有利的實證，因此將會要求照護機構證明這樣的方式真的對病患有利。

核心的關鍵是醫療照護機構的管理團隊需明白照護工作的道德目的，並且成功地將觀念傳達給前線的臨床工作人員，而最有效的方式就是以病人與社區的利益出發。若缺乏這樣的呼籲，大規模的轉型計畫將很可能「一敗塗地」。

2. KPMG International, 2013, kpmg.com/clinicalgovernance

美國 – 從照護管理組織(CMO)到責任制照護組織(ACO)： 布朗克斯(Bronx)責任制照護組織

過去十年，蒙特弗爾(Montefiore)醫療中心把它旗下的營利事業照護管理組織(Care Management Organization, CMO)發展為布朗克斯責任制照護組織(ACO)。

這個責任制照護組織(AMO)是布朗克斯(紐約最窮的一區)最大的醫療照護提供者。責任制照護組織(AMO)是由照護管理組織(CMO)開始，時至今日年預算為\$8.5億美金，相當於所有病患醫療保險費的90%。

但組織的目標則從CMO開始都沒有改變：讓病人盡可能的保持健康、遠離醫院。除了遠端監控之外，他們的工具包括自我教育與團體課程、居家與出院探訪、安寧療護與初級照護機構、專科醫師、藥師、社工人員的整合，以及其他保持健康與身體機能所需要的任何資源。

對於最需要醫療照護的30,000名病患，CMO進行效益回顧來確保任何的住院率及控制住院時間都是必要的。執行回顧的護理人員常常駐紮在醫院，以便能第一手看到病人的情況。

對於第二「級」的慢性病患者(功能性長期疾患)，CMO提供教育以及間歇治療來避免病患的情況惡化。

蒙特弗爾醫療中心和其所有門診部門都有電子病歷系統，使每位臨床人員都能夠獲得相同的資訊。

透過與蒙特弗爾的病患族群互動 – 監控、整合、教育、訪視 – 原本的CMO成為後來AMO的核心。

成果：

- 糖尿病住院在4年內減少13%
- 糖尿病的30天再入院率在4年內降低11%
- 糖尿病的有效管理，降低12%的支出

改編自「責任制照護的尖端(On the Cutting Edge of Accountable Care)」(2012)，成果數據來自Montefiore合約與管理組織營運長Stephen Rosenthal之簡報。

有在整個照護
流程創造全新
的誘因結構，
整合照護才能
實行。

是否已確認 目標族群？

從改變的第一天，就想要對整體病患族群實行完全不同的工作方式將充滿危險，因此辨認出特別需要注意的特殊族群就變得非常重要。

許多不同的預測模型，結合了醫療照護、社會福利、處方用藥及其他資料，正被更廣泛使用，但這樣的預測技術需要專業醫療行為的改變作配合。舉例來說，讓各個專業人員更充分的分享個別病患的資訊。

在已開發國家之間，不同病人族群分群的比例類似。通常來說，使用資源前5%的人口用掉超過40%的醫療及社福經費，而前0.5%則用掉10%的經費。

通常大家會把焦點放在對高度使用者實施族群分層的方法，這些病人人數少，但使用的資源卻很多。

然而這些高度使用者通常已病入膏肓，他們特別的狀況、合併症，或是疾病階段都使他們的照護高額費用無可避免。

因此，比起一開始就對最複雜的病患做分層責任制照護，辨認潛在高度使用者的風險族群通常是更有收穫的方法。

分析技術及方法學，是偵測風險族群並及早因應的重要步驟。接下來，發展出對這些病患團體需求的理解、以及對這些需求變化的回應則是重要的下一步。

這類分析技術，必須能夠偵測出高花費及高風險的症狀，將那些病人所需要的醫療人員及技術配對給他們。

有鑑於指認出具有多重通合併症的患者人數，並非如同辨識慢性病患者數一樣容易，因此如何鎖定重要病患團體已成為各國日漸重視的課題。例如，在蘇格蘭只有14%的糖尿病患者沒有其他合併症。³

這代表確保整合照護是否被完善施行的分析，需深入了解不同情境下的關連，並且適時提供可造成影響的臨床意見。例如，對大部分的慢性病患者來說，

改善營養與運動即可大幅改善療程效果，而且這樣的醫療建議，不僅對單一疾病，而是對各式慢性病患皆是有效的。

若想找出高花費病患的共同點，並非只是運用臨床指標而已。您可以採用下列方式定義族群：

— 地理分布

— 疾病狀況(或是綜合情形，例如糖尿病加上慢性阻塞性肺病COPD)

— 疾病診斷關聯群(Diagnosis-Related Group, DRG)

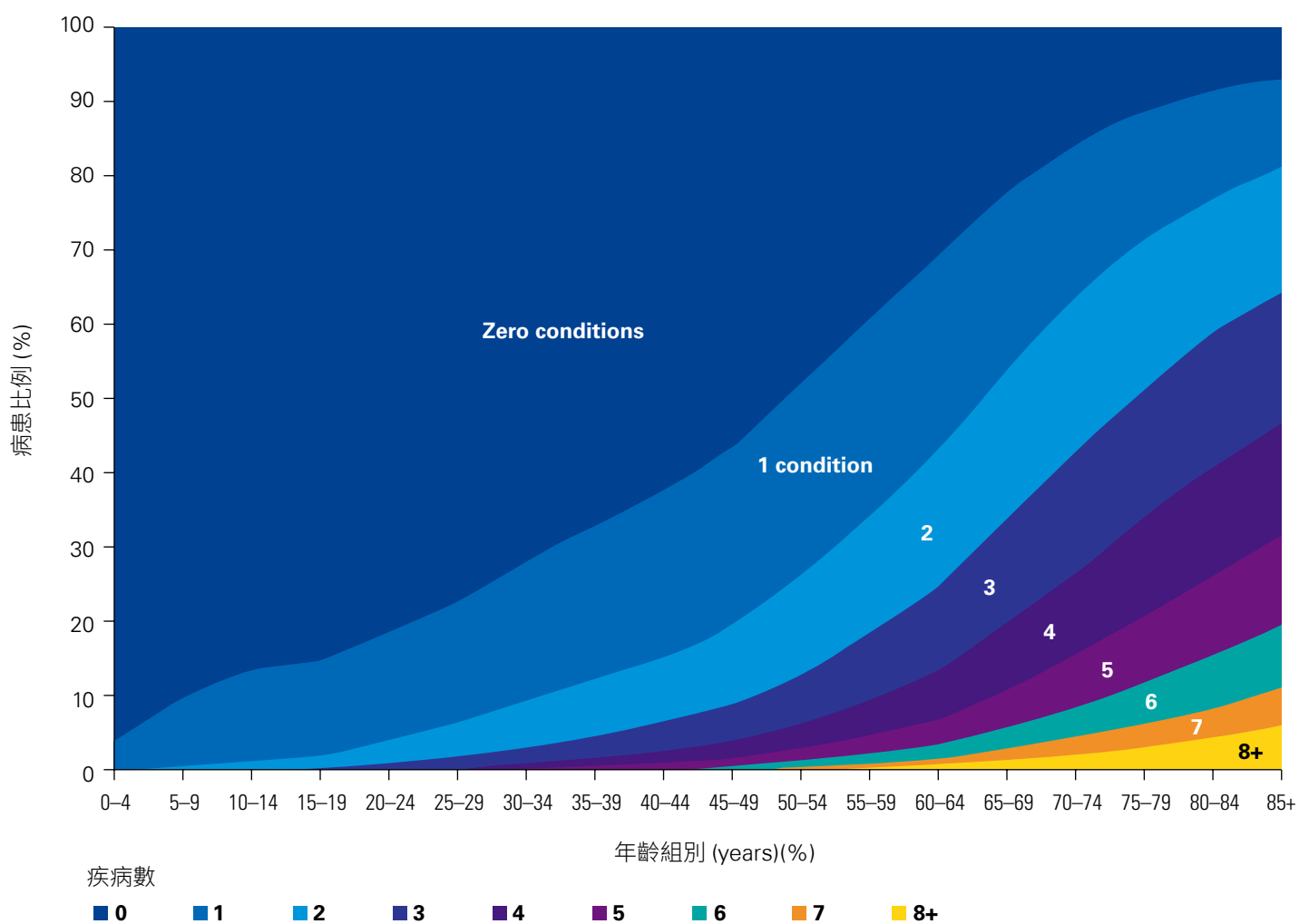
— 支付者合約

— 人口結構

不論最後決定何者為最佳方式，重要的是開始進行目標病患分群，即使一開始規模很小但可逐漸隨著時間擴大。

3. Barnett K et al (2012) *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. The Lancet (380) 37–43.

圖1：不同年齡別的多重合併症盛行率



Source: Barnett K et al. The Lancet 2012; 380: 37-43.

目標族群是否積極支持改變？

既有病患每日依賴的照護服務，需經由大幅度的根本重塑才能提供整合照護。如果這些對現狀干擾的改變，是為了改善病患的照護服務，那病患支持照護轉型就非常重要。

病患團體的反對意見可能有各種理由，包括：保護深愛的當地照護服務、反對為了假設的「品質提升」而關閉實體機構，或是未經妥善溝通的改變。不論反對原因為何，這些抗拒都可能使照護轉型受到危害。

藉由在跨國間溝通關於改變眾大服務的經驗來看，盡可能以最有形的方式提供好處是最好說服大眾的方法。展示新規劃可能帶來的改善數據，也許可以說服臨床人員，但對專業人員而言，卻很難從抽象的言談之中感受到需要為改變而奮鬥的熱情。

到目前為止，最成功的策略是要確保病患與照護者從一開始就參與組織改變的發展歷程。更好的方式是讓病患們有不同層級的參與，像是在讓病患

代表參與重要計劃、參與決策小組，以及更廣泛的諮詢過程，而這常需要一些對病患能力與知識的投資。有些醫療機構甚至發展「病患諮商師 (patient consultants)」代表當地民眾以更貼近根本的、被給付者的觀點。您可以參考 KPMG International 的報告〈與患者、照護者與社區創造照護新價值 (Creating new values with patients, carers and communities)〉以全面了解病患及社區參與可為照護改善帶來的價值。⁴

英國—瑞奇蒙(Richmond)團體：病患支持

在英國，主要的病患代表團體合作成立了新的組織—瑞奇蒙(Richmond)團體來要求整合照護。

瑞奇蒙團體為往整合照護方向努力的醫療或社福機構，提供實際的協助。這些協助不僅是要求政策改變的概要，而是提供病患對改變的實際支持。

瑞奇蒙團體的報告〈從願景到執行 (From Vision to Action)〉中指出：

「整合照護對中風後患者或糖尿病患者同等重要。不論是一名長者、一位癌症患者或具有精神疾病的病患，都會希望參與和他們照護有關的決定。對於心臟疾病或是氣喘病患者而言，自主管理則是可行的。對於每個人來說被鼓勵和支持追求健康生活是很重要的，而這需要更具彈性、反應快速的系統來協助進行早期診斷及治療。情感、心理及實際支持對慢性、肺病患者的健康成果很重要，也可以改善多重精神疾病患者身體上的照護。當然，隨著年齡增長，我們也將會有不只一種疾病」⁵

瑞奇蒙團體正透過更好的照護模式，為不同的病友團體、照護提供者提升能力及處理能量。這些照護模式強調對地方族群真正的重要事項，並確使這些改變能夠獲得廣泛的促成力量支持。

Source: <http://www.hsj.co.uk/Journals/2012/04/18/r/k/d/Richmond-Group-Vision-to-Action.pdf>

4. KPMG International, 2014, kpmg.com/patientvalue

5. The Richmond Group, *From Vision to Action*, 2012

是否有強而有力的 基礎設備支援？

這些新工作方式需要基礎設備支援，如此一來臨床人員才能夠對執行新事務及擔任新角色有信心。這代表組織需要以下列方式支援臨床人員：

— 族群管理

健康照護專業人員必須有能力辨別特定照護目標族群，以針對不同狀況的個人或團體進行風險分層，並提供服務。而這項目標需要將病患資料串連，包含用藥、初級照護與就醫紀錄。

— 資料整合

不論是建立虛擬資料庫或是紙本紀錄都是重要的步驟。除健康資料，與病患相關的社群資料也可以大幅提升模型的預測能力。

— 病患協助

設計能幫助病患更有效進行自我健康管理的服務，包含專家病患計畫(Expert patient program)、針對特定疾病設計

的科技產品(例如手機應用程式)、照護人員主動探訪與照護改善計畫。詳細資料可參見KPMG International 報告〈與患者、照護者與社區創造照護新價值(Creating new values with patients, carers and communities)〉中的案例來了解如何實際操作。⁶

— 服務使用率管理

在施行整合照護下，確認機構地點與服務種類合於病患需求，通常這樣的照護理念，常成為居家照護的基礎。

— 臨床決策支援

如果臨床人員不了解照護流程的全貌，整合照護就會難以施行。標準化、具實證工具與流程、組織間的透明度，皆可帶給專業人員將病患轉介給其他照護機構的信心。參見第10頁蓋辛格的實證照護計畫(Geisinger's ProvenCare system)就是臨床支援的例子。

— 回報與績效管理

改變現在個別、片段的照護模式對於許多現行的績效管理體系顯得別具挑戰性，但在如何在廣泛的醫療照護途徑中尋找評估人員貢獻及患者照護成果間的連結是必要關鍵。

由於發展並運作這些新基礎系統的專業技能非常稀少，因此對於照護機構而言是非常具挑戰性的。但是並非所有功能都要在家提供，因此外包、與其他機構合營、和科技公司合夥等方式將會扮演規模經濟中的重要角色，並朝向更複雜的財務、人事及數據成果導向管理。

6. KPMG International, 2014

美國 – 蓋辛格健康系統(Geisinger Health System)：實證照護計畫 (ProvenCare)

美國賓州(Pennsylvania)的蓋辛格健康系統是一個多方整合照護案例，包含設計內部資金流動以鼓勵低成本、以早期介入的方式逐漸降低急診入院率。藉由激勵自身的醫院組織從預防到四級醫療介入的整合模式，他們成功達成降低入院率的目標。

蓋辛格於創立百年後它成為：

- 一個透過3個急性/三級/四級醫院以及酒精/藥物成癮中心為賓州中央與東北郊區260萬人口服務的非營利、醫師領導、整合的健康系統。
- 一個由跨專科小組組成的綜合醫院，一共有超過740位醫師在50個地點駐診服務，其中包括40個社區診所。
- 一個與超過18,000名獨立照護提供者 (包含90家醫院) 簽約，涵蓋22萬人的健康計畫。
- 一個因蓋辛格健康研究中心而以創新聞名的組織
- 一個有醫學教育方案的醫療照護機構，訓練人員包括醫學系學生、住院醫師、研究醫師及其他專業人員，每年住院病患超過4萬人、門診病患超過150萬人次。

蓋辛格健康系統透過自己的實證照護(ProvenCare)模式，對急性及慢性病患者大幅增加使用具有醫療實證性(evidence-based)、高品質及高效能的醫療照護。實證照護規劃出一套明確的照護流程，能夠可靠地提供許多具有實證上(或是共識上)的最佳醫療處置方式，並基於照護成果建立包裹定價以強化流程。

例如蓋辛格會向需要進行特定手術的計畫成員收取一定費用。費用中涵蓋術前照護、手術、90天的術後追蹤治療以及相關併發症治療。對醫療照護提供優惠的包裹定價可有效激勵效率，並且對併發症提供相對醫療保障。

實證照護計畫對社區的重大影響：

- 院內死亡率下降100% (由1.5%降至0%)
- 病患併發症發生率降低21%(由38%降至30%)、30天再入院率下降45%(由6.9%降至3.8%)
- 病患出院回家比率上升10%
- 財務狀況改善，包含住院天數下降16%(由6.3天降至5.3天)、醫院花費降低5%

實證照護計畫的產品組合已經擴展到血管成形術(angioplasty)、髖關節置換、白內障手術、紅血球生成素的使用、胃繞道手術(bariatric surgery)、急性心肌梗塞的血管成形術以及早產兒照護。

蓋辛格能夠讓醫師對於更標準化的方式買帳有以下三要素：

- 1) 具有明顯的市場穩定性
- 2) 醫師已充分配備來完成工作
- 3) 醫師在相互合作的環境下工作，在這個環境下對社群的健康具有實質影響力。

激勵機制是否一致？ 是否了解資金流向？

如果建立新體系的目的是為了確保健康照護是以病患為核心的整合，而非醫療機構，則金流也必須以同樣的理念架構設計。

這代表著個別機構最大化病患量及給付的舊觀念將跟著改變，新的財物模型將促進大眾健康及成本控制。

「從論件計酬到論質計酬 (moving from volume to value)」是可以用來形容這個轉變的好標題，但它無法呈現新激勵機制的發展及試驗過程中所遭遇的挑戰。在一些醫療體系中，改變的第一步將會是依照護理的績效給予給付以及「利益共享 (gain-sharing)」，以激勵照護提供者共同合作，建立新的照護提供模式。

而在其他的醫療體系下，則轉變為可能是更快速且可行的包裹式支付(bundled payment)。包裹式支付即為以一次性給

付涵蓋手術、照護流程及往後照護費用的方式。

不論方法是哪一種，施行制度轉換無庸置疑地將大幅提高組織風險，尤其醫院為最受挑戰的一環。這是由於先前的激勵制度促使醫院需投資於昂貴的設施，然而整合照護卻因較需要協助病患就近治療或居家照護，因此又有完全不同的設備需求。

因此醫療照護機構的董事會將需要被說服，說明新的財務激勵機制並不是一項威脅。而模型推演與角色扮演是預測新激勵機制的影響及進行合意利益分配的常見方法。

即使是施行將不同照護種類整合為單一機構的整合照護模式（例如責任制照護組織ACO），將資金在部門間轉移也依然存在風險。但比起資金轉移，

將資產及人員從急性、能夠提供病患具有治療成效的照護模式移往初級與預防照護將更為困難。

當重新設計跨組織或組織內的激勵機制時，可以先專注於資金上——暫且遺忘組織文化、觀念、動機以及控制都是影響組織轉型的重要關鍵。

有些醫療照護組織，像是美國西雅圖的維吉尼亞麥森醫學中心 (Virginia Mason Medical Center) 即藉由認知動機與激勵之間差異獲得很大的成功。透過與醫師們協商後成立的醫師契約(Physician Compact)，麥森醫學中心可以先了解專業醫護人員加入醫療機構的初衷。這樣的制度讓臨床人員可以參與更廣泛、實際的討論以針對工作模式改變，而不只是專注於財務誘因。

「從論件計酬到論質計酬(moving from volume to value)」是能夠為這個轉變下註解的好標題，但它無法呈現發展新的激勵模式及嘗試過程中所遭遇的挑戰程度。

德國 – 金齊希健康計畫(Health Kinzigtal)：降低成本

金齊希健康計畫(Gesundes Kinzigtal, Healthy Kinzigtal)是一個在德國西南部、小型但富有雄心、以當地人口做基礎的整合醫療計畫。這個計畫於2005年由35位醫師設立，現在已經成為德國整合醫療計畫的標竿。

為了因應政府縮減醫療照護支出，創辦人的創立目標是希望能夠創造出一個新的永續模型，用來壓低德國健康照護成本曲線。他們的計畫是要發展一個能夠覆蓋該區域內參與州立保險的3萬1000人(總人口6萬人)的責任制照護系統。

這些創辦人在成立管理公司之後，和州立保險公司達成一項協議。協議內容是若實施這項計畫後使平均照護成本下降，則獲利將由管理公司與保險公司共享。然而，當照護成本上升時，這個管理公司將承擔損失。

經過了十年，金齊希健康計畫已涵蓋包括醫院及護理機構在內的二十多家的照護夥伴機構，以及57家合作公司如健身俱樂部與文化協會。

努力的成果包括：

- 至2012年為止，每年為31,000名被保險人省下460萬歐元的照護支出。
- 整體死亡率顯著下降
- 參與計畫中的民眾後延需要照護的時間點
- 超過半數(51.1%)的人口健康狀況提升
- 98.8%的成員推薦這項計畫

從金齊希健康計畫可看出，相較於傳統的照護模式，在更加整合的醫療照護體制、病患自主管理能力加強以及更加激勵健康促進與預防計畫的合作下，至少在中長期的運作中，能夠大幅節省支出與提升身心健康。

Sources: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>
Weatherly et al. *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis* (2006) MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

新的照護服務模式 是否已建立？

當病人有多重種合併疾病，並且一年中有數次惡化情況，我們可以清楚了解他們使用醫療服務的情形。然而，我們通常沒有充分利用這些資訊。對於重病、有多重疾病的患者，昂貴的急診治療不會突如其來，而分析技術可以用來指認出病患就診的固定模式。如果我們可以了解這些固定的就診模式，就可以提前介入治療，而不是在病況惡化後才進行處置。

這種預期性或積極性的照護方式，代表著需要與病患及照護者共同建立能夠提供部分居家照護的方法。由於急診治療

往往使病患感受到自身的生命脆弱，因此通常病患對於能夠協助他們降低急診次數的介入通常都反應良好。提早介入不只是避免慢性疾病惡化，更是把權力還給病患，幫助他們找回常常因為管理多重疾病所喪失的控制感。

為了讓以病患為核心的整合照護實現，多重合併症的患者將需要直接的協助。達成這個目標的關鍵，將需要一套可以讓病患及其照護者可理解的清楚且連貫的照護計畫，並除了各別的專科醫師之外，安排一名整合照護協調人員與病患合作。

病患與照護者已經自我執行了許多照護工作。對任何照護模式而言，能夠將這樣的自我照護標準化以及提升其效率很重要，其中效率提升可以透過建立目標導向的照護、照護決策共享、專注於病患福祉以及提升健康醫療的識別程度來達成。參見What Works系列的另一篇報告〈與患者、照護者與社區創造照護新價值(Creating new values with patients, carers and communities)〉，該篇報告對這些議題有更深入的討論。⁷

加拿大 – 新斯科細亞省(Nova Scotia) 癌症照護導航員服務：提供完善的照護支援

2014 年 KPMG International 被委託進行一項研究，該研究針對6個國家的病患團體進行多項跨疾病類別的調查。

其中一項調查的關鍵訊息即是，在傳統的照護過程中存在一些臨界點，使病患覺得自己「被遺棄」，導致健康照護成果可能也因此受到影響。

其中一個例子像是在病患在被診斷有慢性疾病的前後差異，在確診前，病患通常和醫療人員擁有相當密切的接觸；然而在確診後，常常就頓時失去了醫護人員的支援與建議。

這樣的議題對於患有失智症或其他精神疾病、或多重合併症的年長病患尤為重要。

其中一個試著支援這類型醫療鴻溝的系統是加拿大的新斯科細亞省(Nova Scotia)，當地病患在被診斷出癌症後，即會有訓練有素的照護導航員(patient navigator)就會和病患接洽。這些導航員是在社區中工作的腫瘤科護士，目的是透過癌症治療經驗，提供引導、教育及倡導病患醫療照護支援的單一窗口，他們幫助患者了解自身健康狀況、建立優先醫療考量事項、進行決策以及幫助病患及照顧者面對照護工作的負擔。

7. KPMG International, 2014, kpmg.com/patientvalue

是否有科技平台的支援？

想要成功建立預防照護模式，照護提供機構需要大量運用關於其病患的健康醫療資料，因此需要正確的資訊科技平台，以利用嶄新方式蒐集及運用資料、改變計費與成本管理以及建立病歷管理的新方法。

三大階段使科技與數據利用可有效支援整合照護：擷取、整合與使用。

資訊擷取：為了支援有效的管理，醫療組織需要能夠將零碎資訊有效整合的科技系統。不久之前，這樣的改變需要大規模的技術改進，但現在的科技系統則可以讓舊有資料庫在保持原狀的同時進行資料整合。

資訊整合：整合照護需要將每個照護階段蒐集的數據資料隨著病患流動於組織間匯總。將所有可取得的資料彙總於一個資料庫，使臨床人員可一次性取得所有需要的資料，這對於增進效率及照護品質而言非常重要。

資訊使用：在傳統健康照護模式下，臨床人員與照護機構獲得很多來自於病患提供的資訊，卻沒有使用。病患則是不論是透過與臨床人員交談或診斷測試

(diagnostic test)一再把相同資訊，於不同照護階段提供給不同的照護機構。

在整合式照護模式下，在一家機構所獲得的資訊可被其他機構利用，而不用再花費成本取得。這不只節省醫療機構的時間與金錢，更能夠有效改善病人獲得照護效率與品質的經驗，因為他們不用把一再的講述他們的病史或是做額外的檢驗。然而，若要使資訊使用有效，科技平台必須讓人能夠快速存取資料。

「個人化」

在這三階段中，有許多需要資訊系統介入整合照護模型的地方。

例如，為了從醫療機構與病患、公眾的關係中獲得最多、最正確的資料，建立單一病患窗口讓病患能夠以個人化的方式和其醫療照護提供者（或保險機構）互動非常重要。在其他產業中，尤其零售及物流業，顧客窗口提供組織與個人間了解彼此偏好及需求的管道。相同的方法也可

以簡單的被利用於個人健康保險的窗口上。

醫療照護機構有強烈動機利用客服窗口執行更多功能：越多人使用客服窗口，醫療照護機構就越能夠了解患者的個人生活型態與健康狀況。

許多醫療機構才剛開始建構可全力支援整合照護的資訊設備。一些初期挑戰包括：

— 建立病患辨認機制 —

建立一個主要的病患指標以確認患者能夠於所有的照護情境中被正確辨識及追蹤。

— 增加資料的「流動性」 —

讓所有參與醫護的人員能持續擁有對其他照護人員有價值的數據資料。共享這些資料能夠使組織提升對於行為及健康狀態辨識、發展適當醫療介入與追蹤病患醫療成果的能力。

— 了解在達成前兩項步驟後，如何分析蒐集來的大量臨床資料。

結論：

哪些改變正待完成？

一邊嘗試一邊成長的過程，是帶領醫療機構邁向提供全民整合照護的途徑。

但是，改變要從哪裡開始？

您要採取本篇報告所概述步驟的順序將取決於您的組織的轉型初衷以及患者的特定需求。除此之外，在採取改變前，以下也提供您一些較具邏輯性的步驟為未來的旅途奠定基礎。

第一

- 向付款者到健康照護提供者清楚地說明提供整合照護的道德目的。
- 在改變的過程中，定義每一階段的最終目標（例如，最後是否要採取論人計酬(capitation)？或這樣的計算方式在目前的體制下無法施行？）
- 將所有的改變放入一個能讓員工與病患理解的教案故事中。
- 確保相關病友團體有欲和您一同合作，並追求改變的意願。
- 確保有完整的治理架構，能夠支援及管理長期的改變。

第二

- 選定目標族群以開啟轉型過程。
- 確保您的目標族群了解並支持整合照顧的方向改變。
- 建立新方法提供跨專業人員及服務的照護。

第三

- 在提供新形態的整合照護同時，在醫療機構內提供財務及其他方面的激勵機制。
- 確定新支援科技與設備已準備妥當。

您的機構 準備好了嗎？

在組織於改變旅途
中的定位及目標範
圍間取得共識，能夠
對醫療體系於追求
發展的能力上有所
助益...

想將想法付諸實行，首先需對醫療機構或醫療體系進行確實的能力評估，並了解發展能力所需的步驟。

我們從全球經驗中所取得的教訓是，在發展整合照護系統時，提供大規模及多元改變是必要的，僅單一具焦於全民健康的整合照護無法對於整個專案產生「大爆炸」的改變。這些改變需要包含新技術、新給付方式以及醫師與病患間的新關係。在趟改變之旅中，需要花大量的時間進行專業管理、及多方面跨領域的發展與實驗。

McClellan M 等人建構出一套成熟評估表 The maturity matrix (參下頁)，將整合照護區分為五大領域以描述各階段之發展。這五大領域包括：全民健康、成果測量、衡量標準與學習過

程、支付與激勵方式與照護提供的整合程度。了解自身醫療機構於轉型中的定位及目標，對於建立醫療系統所需的能力、設備及股東與病患關係能夠有所幫助。

當您想要轉型成為能夠提供整合照護的醫療機構時，成熟量表 (The maturity matrix) 能夠提供您於發展過程中所需注意的不同議題，而且這個量表可使議題被視覺化呈現，並歸類為不同階段。例如：健康照護系統可能從無法鎖定自身目標族群開始，然後開始透過個人關鍵疾病開始界定和分層群眾，最終達到能夠依特別的及病狀況辨識病患族群，並針對這些病患設計符合個人需求的照護。

整合性照護 成熟度評估表⁸

(5=高; 0=低)

成熟度



成熟度	5	4	3	2	1	0
群體健康	交叉佔比 (例如：合併症)	運用各種可取得的 資源，偵測具患病 風險的人。	運用電子健康紀 錄 (HER) 整合病患 資料。	鎖定特定病患族 群 (如罹病率、年 紀、地理位置、 支付者)	對現有的醫療支 付者與提供者建 立全面觀點	未被訂立的族群
成果測量	成果對於病患來說 很重要；應以個人 目標做基礎，建立 優先順序	專注於預防與健康 狀況維持；依病患 風險程度調整目標	與其他機構進行比 較，並和國際上最 佳實務接軌并行。	將病患經驗融入 成果目標中	由地方層級的醫 療機構確認基本 的臨床決策	缺乏目標成果
衡量標準與 學習過程	持續性的進行跨產 業垂直資料整合	讓醫療成果以可使 用的方式與醫護人 員共享；將監控納 入臨床工作流程中	即時與重點式學 習；讓醫療成果能 與支付者和臨床人 員共享	將臨床實證指標 和照護成果連結	基礎管理測量： 有限的透明化； 僅有評估概要	缺乏衡量標準及 學習過程
支付與激勵 方式	在有固定品質維持 機制下全面按件計 酬；依不同醫療成 果付款	盈虧共享；強烈的 專業競爭	組織管理階層共同 節省花費並分擔風 險；給予員工紅利	在照護案件中， 將支付與品質管 理結合	在論量計酬或整 筆給付上加上論 質計酬紅利	只有論量計酬
照護提供的 整合程度	建立臨床與資料整 合的網絡；病患共 同參與設計照護 模式	病患被賦予自主照 護權力；建立照護 計畫及管理轉型	增加臨床人員的權 力以調整醫療介 入，進而改善照護 成果	跨領域會議；使 所有成員都充分 發揮	醫療機構間基本 的電子資料共享	缺乏照護整合

8. From McClellan M et al (2014) *Accountable care around the world: a framework to guide reform strategies*, in *Health Affairs*, 33 (9) 1507

KPMG如何提供協助

隨著世界各地的醫療機構與醫療體系開始追求提供整合照護服務，KPMG旗下專門由醫療照護人員所組成的人際網路也開始和各醫療機構、體系合作，協助他們在這個複雜的轉型過程中因應各種挑戰。

隨著世界各地的醫療機構與醫療體系開始追求提供整合照護服務，KPMG旗下專門由醫療照護人員所組成的人際網路也開始和各醫療機構、醫療體系合作，協助他們在這個複雜的轉型過程中因應各種挑戰。我們的團隊與會員所的客戶會進行下列的合作，包括：

幫助建立策略觀點

整合照護代表將不同的服務提供給不同的人，並隨著他們注重的議題與所在的環境改變。KPMG會員所正在與支付者(保險公司)、提供者(醫療機構)、政府及病友團體合作，幫助他們理解並建立能夠滿足大眾需求的最佳照護模式。KPMG各會員所正在幫助客戶了解，在健全經濟環境下，他們的醫療組織在未來會如何有效且永續的運作。

幫助醫療組織與醫療體系評估對於責任制照護的準備程度

任何像這種大規模的轉變都有可能干擾照護服務的日常營運。我們的健康照護團隊會和會員所的客戶合作，幫助客戶理解風險並減少其發生率。KPMG Healthcare practice 在健康照護產業的各方面都具有深刻、實際的理解與知識。

這些知識讓我們不僅可以評估照護轉型對於營運過程及技術的影響，也可評估其對醫療人員及照護支援活動帶來的衝擊。

找出策略選項及替代方案

KPMG Healthcare practice 持續關注於提供增進照護成果及降低費用的方式，並與我們客戶的資深領導者合作，尋找在轉型過程中的關鍵議題及必要權衡。(涵蓋永續的財務金流、具相互運作的科技、合作運營或是臨床及公司治理相關等議題) 我們的團隊將為客戶提供理想的支援，為他們選定的方向開發強而有力的財務及商業個案。

發展未來方向

KPMG Healthcare practice 幫助組織開發將改善初衷、組織夥伴與利害關係人間的關鍵互動納入考量的系統性導入策略。一旦確認出明確的策略方向，我們將協助客戶進行管理和提供複雜的項目組合及參與的合作夥伴組織範圍，以達成客戶所設定的願景。

其他撰稿人



Liz Forsyth, Partner, KPMG in Australia

Liz在公部門具有13年工作經驗，其中6年擔任州政府及大英國協中各部門的資深職務。她在多個領域具有豐富經驗，包含諮商、身心障礙服務、兒童及家庭服務、社區服務、遊民服務、績效管理評估。

在來到KPMG之前，Liz曾在大英國協的社區服務與健康部門、新南威爾斯州運輸部、新南威爾斯州社區服務部擔任資深決策職務。



West Johnson, Principal, Advisory, KPMG in the US

West是KPMG健康照護顧問部主席，並負責KPMG旗下的健康照護及生命科學轉型顧問部門。他提供客戶策略性、財務性及營運性相關的顧問諮詢服務已超過29年。在加入KPMG之前，West擔任Revenue Consulting的副總裁，並帶領美國國內一家顧問公司的臨床試驗績效改進部門 (Clinical Operations Performance Improvement practice)。

West領導了臨床試驗績效改進，並將其作為醫院體系下更全面性的績效改進的一部分。已經達到的可測成果包含：住院時間、臨床效率，以及勞動生產力、非勞動方面(供應鏈、其他付費項目等)的進步。



Keiichi Ohwari, Partner, KPMG in Japan

Keiichi從2000年起就帶領著KPMG日本所的健康照護部門。同時，他也參與KPMG顧問部的企業策略方案部門 (Strategic Business Solutions Division)，幫助各產業的客戶發展策略。他涉入的領域不只健康照護產業，還包括汽車業、高科技業及金融業。他提供客戶許多措施建議，像是企業策略發展、收入增長、營運效率、企業併購、金融與企業/財務重整。

Keiichi所服務的客戶包含主要的醫療機構及其他健康照護服務提供機構，例如公立及私立醫院、老年照護、生活輔導員，以及其他相關部門的企業像是製藥及醫材公司、醫療外包公司(Medical Outsourcing Company)、金融機構、私募基金、不動產投資人、營建公司、進出口交易商等等。



Volker Penter, Partner, Head of Healthcare, KPMG in Germany

Volker具有18年審計及稅務經驗，並在企業管理上具有額外經驗。他在德勒斯登工業大學(Technische Universität Dresden)商學院擔任榮譽教授，並在德勒斯登國際大學(Dresden International University)擔任健康照護及經濟學的講師。此外，他對於健康照護機構、公立社福機構的審計及顧問服務具有豐富的經驗。他也是許多專業期刊的作者。

Volker具有工業工程學位，同時也具有德國會計師及稅務士資格。



Dion P. Sheidy, Partner, KPMG in the US

Dion帶領著KPMG健康照護風險諮商顧問部門 (Advisory Healthcare Risk Consulting practice)，並且是KPMG健康照護領袖團隊的一員。Dion在提供高效益商業諮詢及保證解決方案給全球的健康照護提供者、支付者這方面具有25年的經驗。

Dion之前參與了照護系統整合、商業醫療保險、健康維護組織、口腔健康維護組織、醫療責任保險、金融中介、聯邦醫療健保優惠計畫(Medicare Advantage Plans)、醫療專業人員建立的醫療機構、個案管理及效益回顧公司。

台灣的整合型照顧- 以「全民健康保險糖尿病 醫療給付改善方案」為例



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊主持人
蘇嘉瑞 醫師暨資深律師
T (02) 8101 6666 ext. 15942
E jarretsu@kpmg.com.tw



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊
許淑敏 執業會計師
T (02) 8101 6666 ext. 03592
E swimminghsu@kpmg.com.tw

糖尿病是一種發生機率高且容易導致併發症的長期慢性病。據估計，臺灣地區45歲以上的民眾約有11%罹患糖尿病且其盛行率有逐年上升之趨勢，另約八成的糖尿病人至少有一種合併症。糖尿病也是臺灣地區第五大死亡原因。大多數糖尿病早期症狀並不明顯，但可能此時已經開始侵蝕患者各器官之功能，視網膜病變、心臟病、腦中風、慢性腎衰竭、神經病變、內分泌疾病、陽萎以及足部壞疽等等，都是常見的併發症，約有四成的洗腎病系因糖尿病所引起，不但會造成病患殘障、失能、生活品質低落，更造成家庭與社會重大的負擔。隨著糖尿病患者不斷增加也使醫療費用不斷攀升，糖尿病所引起的併發症影響國人健康及增加醫療負擔不容小覷。

有鑑於此，衛生福利部中央健康保險署為提升糖尿病品質照護引進英國糖尿病共同照護(shared care) 理念，於民國85年8月在宜蘭縣啟動了臺灣地區第一個「糖尿病共同照護模式」試辦計畫，因為糖尿病的防治不能靠單兵作戰，需要透過跨領域專業共同介入。經由整合各層級的醫療院所、糖尿病照護的相關專科，如新陳代謝科、家庭醫學科、心臟科、腎臟科、神經內科、眼科、牙科...等、相關專業人員，如醫師、護理、營養、檢驗人員等，共同合作，使得糖尿病人能獲得一致性、連續性、良好的完整照護服務品質，提升糖尿病人的自我照護能力進而使疾病得到控制。

該計畫提昇醫事人員糖尿病照護專業知能推動認證制度；推動認證制度，訂定醫事人員加入糖尿病照護網之資格審核與學分認定標準，將符合資格並累積足夠之臨床訓練與繼續教育學分者頒給證書；制定區域糖尿病照護品質基準供

照護網團隊使用，以確保，醫療人員給予的資訊與品質皆能一致；設計病患資料傳遞機制，製作與發放「糖尿病日記」(之後改用衛生署新版「糖尿病護照」)，供照護者與病人記錄病情、診斷、用藥、檢驗結果與自我檢查結果等，藉以提高病人之責任意識，讓患者扮演其在「共同照護」中的中心角色。定期檢測患者包括：糖化血色素、空腹血脂、尿液微量白蛋白及眼底等檢查之執行率，透過這些項目監測病人病情控制狀況與早期併發症，以預防、減緩及治療併發症。

在宜蘭縣試辦的「糖尿病共同照護模式」計畫只是政府對糖尿病醫療照護的一個起始點，之後其他地區亦加入試辦行列，迄民國91年普及於全國25縣市，涵蓋率達95%。訂定工作目標：「提升糖尿病照護品質，減少糖尿病併發症之發生，增進國人健康」，更進一步地，中央健康保險署自民國90年11月起，實施「全民健康保險糖尿病醫療服務改善方案」計畫，迄今該辦法已歷經八次修訂，該改善方案之實施，結合共同照護及論質計酬的慢性病照護模式為世界首創，希望藉由調整支付醫療機構費用的方式，鼓勵醫事人員進行糖尿病的預防、診斷、治療、控制與自我管理教育，提供具效益與完整性的服務項目，使糖尿病人之病情得到良好控制，以減少糖尿病人的醫療費用與不必要的醫療資源利用。

該「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」，其目標除建立以病患為中心的共同照護模式外，亦希望能提昇糖尿病治療指引遵循率及建立品質導向之支付制度(即論質計酬模式)，其論質計酬模式，即中央健康保險署是以醫療院所診療糖尿病患者之品質作為醫療給付金額之依據，此方案希望建立以整體性與連續性為原則之新支付制度，藉由設計支付誘因，



鼓勵醫療院所參與共同照護網認證及確實執行，同時建立品質監控機制，使醫療支付金額與品質監控指標相連結。

糖尿病為發生率高，容易產生併發症且為十分複雜之慢性病之一，其無法僅由內分泌或新陳代謝專科醫師即可提供完善周延的醫療照護，糖尿病本身也與患者本身之飲食習慣及生活作息等有密不可分之關係，有鑑於此，全民健康保險為引導醫療提供者提供糖尿病患完整性照護服務，實施「糖尿病醫療給付改善方案」，陸續於全省各地推動糖尿病以病患為中心的整體醫療照護系統，希望藉由各種經過訓練的專業醫事人員間的團體合作，提供病人包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的服務，以降低或延緩糖尿病患併發症與合併症的發生，以病人為中心的完整照護讓期患者本身能對自己健康自我管理，另連結其醫療品質作為績效考核及作為醫療給付之依據，不但維護患者的健康，亦可控制醫療費用，進而有效利用醫療資源，使其他重症者可以得到完善照顧。

以近期研究更證明出，台灣的糖尿病整合改善計畫對於糖尿病病患後續入院率能顯著減低，癌症或腎臟衰竭等併發症減少，死亡率也能降低，而又不增加整體醫療費用。例如「Disease-specific Pay-for-Performance Programs: Do the P4P Effects Differ Between Diabetic Patients With and Without Multiple Chronic Conditions?」研究發現對於具有糖尿病多重慢性病身分的病患，進行醫療給付改善方案後，入院率有顯著的大幅減少。對糖尿病相關服務的使用及健康結果都有正向顯著的影響 (Huang et al., 2016)。另在「The effectiveness of a pay for performance program on

diabetes care in Taiwan: A nationwide population-based longitudinal study」研究結果指出，參與醫療給付改善方案者，產生併發症與死亡率的風險降低 (Lin et al., 2016)。而在「Impact of pay-for-performance on mortality in diabetes patients in Taiwan: A population-based study」結論指出，醫療給付改善方案顯著改善了糖尿病患者的生存期，而不增加醫療費用。參與醫療給付改善方案之病患，癌症和慢性腎臟疾病風險明顯降低 (Chen et al., 2016)。

台灣人口老化及國人之不良生活習慣亦導致慢性病不斷增加，全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案，從民國90年實施迄今已十六年，推動成效卓著且獲好評，故全民健康保險局對與論質計酬醫療給付改善方案陸續加入糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、結核病等疾病，這些疾病之共同特點為產生之醫療費用大，罹病人數多及照護模式有改善空間，故結合共同照護及論質計酬的模式。

衡諸世界各國相關醫療體系的治療照護，台灣所建立以病患為中心的整體醫療照護系統，特別是針對患者資料與數據的建立，業已率先於他國；歐盟預計耗資將近1億歐元，預定在2020年完成類似系統，可以預見台灣未來也會陸續增家共同照護及論質計酬的模式之疾病項目，除增進全民健康之福祉外，同時也使醫療資源能有效運用及醫療成本的有效控制，而達成三贏之局面。台灣安侯建業KPMG之健康照顧團隊，擁有整合臨床醫療、公共衛生、財務稅務、交易併購、法令政策之實務專家，能提供進入生技醫療與健康照顧之整合性服務，是醫療機構與企業組織進行轉型之最好策略夥伴。

在地觀點：銀髮照護的趨勢 - 整合性醫療照護



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊共同主持人
蘇嘉瑞 醫師暨資深律師
T (02) 8101 6666 ext. 15942
E jarretsu@kpmg.com.tw



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊共同主持會計師
寇惠植 審計部執業會計師
E : akou@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01652

鑑於人口快速老化與醫療需求的大幅成長成正比，老年人疾病型態慢性化及複雜化之趨勢，醫療資源將大量移向老年人，也因為人口結構改變，扶老比逐年漸增，健康照護型態勢必隨之改變。面臨多重慢性疾病及老年人口增加，醫療資源無效率使用的問題加劇，如「多科就診」、「多重用藥」、「重複檢驗」等，在醫療人力資源有限的情形下，照護模式勢必需要重整。

正如「邁向群體健康之路-實現整合與責任制醫療」一文所提，對於有多重共病的重病患者，昂貴的急診治療不會是突如其來，如果可以透過預期性或積極性的照護方式，就可以提前介入治療，而不是在惡化後才進行處置。提早介入不只是避免慢性疾病惡化，更是把主控權還給病患。德國的金齊希健康計畫(Gesundes Kinzigtal, Healthy Kinzigtal)就是很好的例子，從金齊希健康計畫可看出，在更加整合的醫療照護、病人自主管理能力增加、更全面的健康促進及預防計畫合作之下，比起傳統的照護方式，該計畫可大幅節省醫療支出、提升病人身心健康。

從國際趨勢來看，不管是歐美或亞洲國家，都在發展以「人」為中心的整合性醫療照護，包含急性醫療、社區醫療、長期照護等。整合式醫療照護強調整合各科聯合診療，免去病人奔波之苦，提供跨科別團隊照護；個案管理師也提供居家醫療服務，包括衛教、送藥到宅、即刻就援；病人和個管師透過資訊科技建立多元溝通平台，任何突發狀況、照護問題都能及時解決。減少就醫成本及保障病人用藥安全，預防醫療糾紛，減少醫療資源浪費，達到提升醫療品質之目的。

台灣過去在居家式、社區式及機構式等三種遠距照護服務模式，皆成功建置，未來可嘗試將健康資訊管理、預防醫學及電子商務結合，提供物聯網服務，或利用大數據，利用歷史資料對居家照護對象進行疾病預測，也能緩解照護資源不足現況。

另外，台灣人口有加速高齡化趨勢，當務之急為發展銀髮整合照顧體系。對此，KPMG安侯建業提出「全面照顧、醫養整合、多元選擇、自立負責」的整合創新思維，援引國外作法，希望透過拋磚引玉，協助政府發展出一套適合台灣的銀髮整合照顧之政策與法規。「醫養整合」模式即透過醫養協作，串接急性醫療與慢性療護，如目前政府所積極推動之出院準備服務體系，促使醫療、長照無縫接軌，進一步讓銀髮照護整合化。以美國常見的「連續性照護退休社區(CCRC)」為例，會依長者生活自理程度與相對醫療需求，區分為「Independent Living」、「Assisted Living」、「Skilled Nursing」與「Memory Care」等連續性照顧區域，與我國長照分類的安養、養護、護家與失智照顧有類似之處。銀髮族能依據個別健康情形與後續失能變化，於園區內轉換並接受不同區域的連續性長期照護。

而除了橫向的連續照護外，還有世代間的縱向整合照顧，例如波士頓NewBridge on the Charles園區內，就有代間教育學校的設置(Intergenerational Campus and the Rashi School)，讓銀髮族與青少年相互扶持與彼此學習，是連續性與整合性照顧的絕佳範例；近日我國高雄市大同國小內附設的「大同福樂學堂日間照顧中心」，也是另一種型態的整合性照顧應用方式。未來的醫療照護模式應進展到社區及居家醫療，以整合性醫療照護的模式銜接健保醫療與長照體系，才能有效幫助患者。

KPMG安侯建業健康照護產業服務團隊



健康照護產業服務團隊共同主持人
蘇嘉瑞 醫師暨資深律師
E : jarretsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15942



健康照護產業服務團隊共同主持會計師
寇惠植
審計部執業會計師
E : akou@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01652



KPMG安侯企管顧問諮詢服務
曹坤榮
執行董事暨顧問部營運長
E : erictsao@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02272



KPMG安侯企管顧問諮詢服務
陳文正
執行副總經理
E : stevenchen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02819



KPMG安侯建業稅務投資
葉維惇
稅務投資部執業會計師
E : wyeh@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02281



安侯法律事務所
卓家立
主持律師兼所長
E : jerrycho@kpmg.com.tw
T : (02) 2728 9696 ext. 14688

KPMG安侯建業健康照護產業服務團隊成員

張 芷 執行董事暨稅務部營運長
E : schang1@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 04590

高靚玟 執業會計師
E : lkao@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 06725

陳彥富 執業會計師
E : byronchen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02909

黃彥賓 會計師
E : rhuang3@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 07271

黃柏淑 執行董事
E : stellahuang@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01901

唐慈杰 執業會計師
E : philiptang@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01766

陳盈如 執業會計師
E : celiachen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03603

葉建郎 副總經理
E : aaronychen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 06767

尹元聖 執業會計師
E : jasonyin@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 11139

許育峰 執業會計師
E : dhsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 00532

陳眉芳 執業會計師
E : mchen1@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03558

許志昌 協理
E : tommyhsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15077

吳惠蘭 執業會計師
E : celiawu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 04733

許振隆 執業會計師
E : vincenthsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 05610

曾漢鈺 執業會計師
E : etseng@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01323

楊元傑 協理
E : jackyang@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15250

呂莉莉 執業會計師
E : llu1@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02248

許淑敏 執業會計師
E : swimminghsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03592

王佩如 會計師
E : peggywang@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 10763

孫碧月 協理
E : helenasun@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15277

周寶蓮 執業會計師
E : schou@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02195

郭欣頤 執業會計師
E : sinneykuo@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 05355

游雅潔 會計師
E : ryu17@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 14139

kpmg.com/tw

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© 2018 KPMG, a Taiwan partnership and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved. Printed in Taiwan.

The KPMG name and logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.



更多訊息請上
KPMG 安侯建業
健康照護產業服務專區
查詢